1933 Vresień (IX). LVÓV, PRAHA, BEOGRAD, SOFJA. Nr. 5.

SŁOVIAŃSKA STOMATOLOGJA

ORGAN ZVIĄZKU SŁOVIAŃSKICH STOMATOLOGÓV I LEKAŘY DENT.

vychodzi jako Dodatek do „Polskiej Stomatologji“ — Lvóv i „Zubní Lekařství“ — Praha — v niestałych odstępach času.

REDAKTOŘY: Prof. Dr. A. Cieszyński — Lvóv, Polska - Zielona 5 a.
Doc. Dr. Frant. Neuwirt, Praha XII, Č. S. R. — Fochova 64
i Dr. Náprstek, Praha XII, Č. S. R. — Husova 246.

Cena niniejšego numeru dla nieabonentóv 1.30 zł = 5 K. čs. = 0,15 dolara vraz z přesyłką počtovą.

Nr. 5 drukovany jest ve Lvovie. (Tekst česki na język polski tłumačyli: Dr. Bardasz-Drukerova (Lvóv) i dr. Francišek Meyer (Varšava).

UČESTNIKOM I. ZJAZDU SŁOVIAŃSKICH STOMATOLOGÓV

numer ten posvięca

REDAKCJA „SŁOVIAŃSKIEJ STOMATOLOGJI“.

REFERATY Z ČESKIEGO PIŚMIENNICTVA STOMATOLOGIČNEGO.

(Tekst polski)

NARKOZA.

Dr. Józef Lažanský. O narkozie gevetylem. Zubni Lekařství 1931/1.

Gevetyl vprovadził Sofer z Viednia. Jest to aether chloratus compositus. Narkozę přeprovadza się v sposób następujący: na złožony kavałek gazy nakrapla się 10—20 kropel gevetylu. Gazę tę układa się na okolicę přednich zębóv górnych, přyviązując za uchem. Pacjent oddycha spokojnie ustami, gdyž nos zatyka mu się dvoma palcami. Po kilku minutach nakrapla się ješče 10—20 kropel. Tu již zazvyčaj rozpočyna się okres anal-

(Tekst česky)

NARKOZA.

Dr. Josef Lažanský. O narkoze „Gevaethylem“. Zubni Lekařstvi 1931/1.

Gevaethyl byl zaveden Soferem z Vidně. Je to ether chloratus compositus. Narkoza provadi se takto: na složeny kousek mulu se nakape 10—20 kapek gevaethylu. Mul se zavěsi na hořeni frontalni zuby a fiksuje se za uchem. Pacient dycha klidně usty, nos se mu sevře dvěma prsty. Po několika minutach se mu přikape ještě 10—20 kapek. Tu obyčejně již nastava analgetycke stadium, ktereho chceme dosahnouti.

(Tekst polski)

gezji, którą chcemy osiągnąć. Na początku narkozy odčuva chory šum v ušach lub zavroty głovy, ale jak potem podaje, bólu przy zabiegu nie odčuva. Podčas narkozy ma pacjent usta otvarte. Lekař podający narkozę stoi po stronie přecivnej jak operator, nie přeškadzając mu v pracy. Dodanie alkoholu zmniejša parovanie gevetylu tak, že narkoza prędzej następuje, ale też šybciej ustaje. Gevetyl nie draźni povonienia jak chloretyl i róvnočeśnie nervu błędnego, gdyž přez gazę može dostatečnie vnikać tlen.

Na 170 přypadków były povikłania: 3 razy ekscytacje, 3 razy tonične skurče všystkich końčyn. Najdłužšy čas trvania narkozy vynosił 4 minuty, čas do přebudzenia 1—1½ minuty. Gevetylu možna užyć do narkozy u všystkich pacjentóv i u dzieci, přy ekstrakcjach, nacięciach, preparovaniu zębóv z vražlivą zębiną, přy trepanacji zębóv z zapaleniem miazgi, přy vyskrobyvaniu ziarniny, zvłašča u pacjentóv vražlivych i nervovych. Davkovanie přy małych operacjach vynosi 40 kropel, u pacjentóv silnych do 80 kropel, t. j. 4 cm³.

Gdy gaza jest vilgotna, naležy ją zmienić; předavkovyvać nie volno, aby nie došło do stanu podniecenia chorego. Gevetyl jest doskonałym środkiem pomocničym zniečuleń miejscovych. Naležy go jednak umiejętnie užyvać — v přecivnym razie može stać się niebezpiečnym; užycie jego jest proste, a do asysty vystarčy jedna osoba. Dr. Strobachová.

(Tekst česky)

Pacient na počatku narkozy miva hučeni v ušich nebo se mu toči hlava, někdy stena, ale po narkoze udava, že bolesti necitil. Při narkoze miva pacient usta otevřena.

Vyhodou gevaethylu je, že přikapavame gevaethylu na mul s druhe strany než je operater, takže ho nerušime v praci. Přimišenim alkoholu je prchavost gevaethylu snižena, takže se dostavi narkoza rychleji a též přestava dřive učinkovat. Dale gevaethyl nedraždi čich jako chlorethyl a tim zaroveň vagus. Pak podel mulu muže vnikati dostatečně kysliku.

Ze 170 připadu byla komplikaci 3 krat ekscitace, 2 krat tonycke křeče na všech končetinach. Nejdelši narkoza trvala 4 minuty, do probuzení potřebovali nemocni 1—1½ minuty.

Gevaethyl se muže použiti k narkoze u všech pacientu i u děti, při ekstrakcich, incizich, při ekskavaci citliveho dentynu, při trepanaci pulpitických zubu, při ekskochleaci granulomu, zvlaštĕ u pacientu citlivych a rozčilenych.

Davkovani: při malych zakrocich 40 kapek, ale u silnych nemocnych až 80 kapek, t. j. 4 cm³.

Mul se musi, když je vlhky vyměniti. Nesmi se předavkovati, aby nedošlo k ekscitaci nemocneho.

Gevaethyl vypomaha injekčni metodě, ale musi byti spravně použit, jinak je nebezpečny. Jeho použiti je jednoduche a stači k asistenci jedna osoba.

Dr. Strobachová.

ANESTEZJOLOGJA.

Dr. J. Lažanský. Přyčyny nieskutečności zniečuleń mandybularnych. Zubní Lekařství 1930/2.

Přy usuvaniu dolnych zębóv mądrości większość pacjentóv skarży się

ANESTEZIOLOGIE.

Dr. J. Lažanský. Přičiny některych neuspěchu při mandybularni anestezii. Zubni Lekařstvi 1930/2.

Při ekstrakci dolnich osmiček si většina pacientu stěžuje na mirnou

(Tekst polski)

na lekką bolesność navet přy najlepšym sposobie zniečulenia mandybularnego. Lažanský badał přy dobře vykonanem zniečuleniu mandybularnem vražlivość poličkovej błony ślużovej i trójkąta retromolarnego. Stvierdził, że viękšość pacjentóv podavała tylko zmniejšoną vražlivość v zakresie předtřonovców drugich až do linji środkovej drugiego třonovca. Tylko jeden pacjent miał zupełne zniečulenie całej poličkovej błony śluzovej z vyjątkiem okolicy piervšego třonovca. Često přestřeń čuła posunięta była v kierunku distalnym až do drugiego i třeciego třonovca, a v 4 přypadkach odnosiła się do bukkalnej blony śluzowej v okolicy zęba mądrości. U jednej pacjentki stvierdzono vražlivość poličkovej błony śluzovej v zakresie piervšego i drugiego siečnego, co się tłumačy anastomozami n. alveolaris inf. z drugą stroną. Błona śluzova v okolicy kła była podvražliva, v okolicy obu předtřonovców zupełnie zniečulona, přy piervšym třonovcu podvražliva, a přy zębie 7 i 8 vykazyvała zupełną vražlivość. Po zniečuleniu n. buccinatorius nastąpiło v zakresie kłóv, piervšego i drugiego třonovca zupełne zniečulenie, natomiast v zakresie zęba mądrości błona śluzova pozostała zupełnie vražlivą. Z tego vnosi autor, że:

1. Unervienie pevnych częśći poličkovej błony śluzovej pochodzi nie od jednego, leč od dvóch nervóv. Přestřeń unerviona přez n. buccinatorius należy też do n. alveolaris inf.

2. Obšar unerviony přez n. buccinatorius niezavše jest dokładnie ograničony, časem vytvařa językovate vypustki.

Zniečulenie mandybularne niezavše jest skutečne přy usuvaniu dolnego zęba mądrości, zvłašča přy posługivaniu się dźvignią Leclusa v kierun-

(Tekst česky)

bolestivost i při sebe lepe pusobici mandybularni anestezii. Lažanský vyšetřoval při bezvadně pusobicich svodnych anesteziich dolni čelisti citlivost cele bukalni sliznice a trigonum retromolare. Shledal, že většina pacientu udavala jen sniženou citlivost v oblasti od mezialni strany druhych premolaru až ke středu druhych molaru. Jen jeden pacient udaval absolutni necitlivost cele bukalni sliznice, vyjimaje oblast u prvniho molaru. Často bylo citlive pole posunuto směrem dystalnim k 7 a 8, ve čtyřech připadech bylo omezeno na bukalni sliznici v okoli osmičky. U jedne pacientky shledal citlivost na sliznici v krajině prvniho a druheho řezaku, což se vysvětluje anastomozami nervus alveolaris inf. s druhe strany. Sliznice u špičaku byla hypestetycka, u obou premolaru byla sliznice uplně anestetycka, u prvniho molaru hypestetycka, kdežto sliznice u 7 a 8 vykazovala plnou citlivost. Po svodne anestezii na n. buccinatorius nastala v krajině špičaku, 6 a 7 absolutni anestezie, ale sliznice u 8 zustala i nadale citlivou. Z toho usuzuje:

1. Inervace určitych časti bukalni sliznice dolni čelisti neni zavisla na jednom, nybrž na dvou nervech. Oblast inervovana nervem bukcinatoriem jest zasobovana též od nervus alveolaris inferior.

2. Pole zasobene n. bukcinatoriem neni vždy přesně omezeno, nybrž muže tvořiti jazykovite vyběžky.

Mandybularni anesthezie nesetkava se vždy se zdarem při ekstrakci dolni 8, zvlaště při pačeni pakou Leclusovou směrem dystalnim. Bu-

(Tekst polski)

ku distalnym, v poličkovej błonie śluzovej přy tym zębie niezavše następuje dostatečne zniečulenie, trigonum retromolare pozostaje čułe, navet i po dostatečnem zniečuleniu n. buccinatorius. Řadko leży v n. buccinatorius přyčyna vražlivošci v trigonum. Należy šukać vpływu innych nervóv. Gasser zauvažył přy preparovaniu spatium pterygomandibulare delikatną gałązkę n. alveolaris, która odchodzi od głóvnego pnia ješče před jego vejściem do kanału žuchvovego i idzie ku błonie šluzowej tylnych zębóv. Tym ščegółem anatomičnym nie można jednak tłumačyć nieskutečnošci zniečulenia v trigonum retromolare, gdyž deponujemy płyn zniečulający přy zniečuleniu mandybularnem do spatium pterygomandibulare v miejscu, gdzie přenikanie roztvoru nie napotyka się žadne trudnošci, a vięc dotřeć musi i do vyžej vymienionej gałązki nervovej. Należy myśleć o vpływie innych nervóv i ich anastomoz, któreby utřymyvały vražlivość v trigonum retromolare. Należy tutaj pamiętać o n. palatinus minor vzgl. posterior, który zaopatruje podniebienie miękkie albo n. glossopharyngeus, który sięga až na arcus palatoglossus. Gdy stvierdzimy před usuvaniem dolnego zęba mądrości vražlivość v trigonum retromolare po injekcji mandybularnej, vóvčas dodajemy kilka kropel płynu zniečulającego v miejscu; gdzie stan zapalny nie pozvala na vkłucie igły, přykładamy na kilka minut tampon z 10% roztvorem novokainy.

Dr. Fritzova.

(Tekst česky)

kalni sliznice u 8 nebyva vždy dostatečně anestezovana, trigonum retromolare zustava citlive i po dodatečne anestezii na n. buccinatorius. Jen zřidka je to n. buccinatorius, ktery udržuje citlivost trigona. Musime hledati vlivy jinych nervu. Gasser při preparaci spatium pterygomandibulare pozoroval jemnou větevku n. alveolaris, ktera ještě před vstupem n. aleolaris inf. do kanalu mandybularniho odstupuje od kmene n. alveolaris inf. a tahne k sliznici zadnich zubu. Timto anatomickym poměrem nelze však vysvětliti neuspěch anestezie v trigonum retromolare. Deponujeme-li anestetykum při mandybularni anestezii do spatium pterygomandibulare v misto, ktere neklade dyfuzi rostoku nijakych obtiži, musel by rostok nezbytně zaplaviti i řečenou větevku, neodstupuje-li přiliš daleko kranyalně od kmene n. alv. inf. Nutno pomyšleti na jine nervy neb jich anastamozy, ktere by udržovaly citlivost v trigonum retromolare. Zde pada v uvahu pouze n. palatinus minor resp. posterior, ktery zasobuje měkke patro neb n. glossopharyngeus, jehož pole učinnosti saha až na arcus palatoglossus.

Zjistime-li před ekstrakci 8 citlivost v trigonum retromolare, přidame několik kapek anestezujiciho rostoku mistně. Kde zanět zabraňuje aplikaci lokalni anestezie, přiložme tampon s 10% kokainem na několik minut.

Dr. Fritsová.

Dr. K. Meštan. Krviaki po zniečulającym zastřyku na tuber maxillae. Zubni Lekařství 1931/5.

V praskiej Klinice dentystyčnej zanotovano 23 přypadki tego rodzaju. Přyčyną była nieostrožna lub zbyt

Dr. K. Měštan. Hematomy po injekčni anestezii na tuber maxillae. Zubni Lekařstvi 1931/5.

Na zubni klinyce v Praze bylo pozorovano 23 připadu hematomu tohoto druhu. Přičinou byla neopatrna

(Tekst polski)

gvaltovna technika zniečulania. Były to převažnie guzy jałove, które v ciągu kilku dni uległy resorbcji i všystko povróciło do normy. Resorbcję vspomagano suchemi ciepłemi okładami. Gdzie vylev był łatvo dostępny i niegłęboki, tam treść jego vypuščano drogą vśródustnej punkcji. W dvu přypadkach guzy krvave uległy zropieniu, tak, że musiano vykonać nacięcie zevnętřne. Celem uniknięcia tych povikłań naležy postępovać ostrožnie, přy zupełnem vyjałovieniu nařędzi i roztvoru. Ježeli krviak povstał, vóvčas skoro tylko nastąpi podvyžšenie ciepłoty ciała, nie dającc się vytłumačyć inną přyčyną, naležy podejřevać zropienie takiego guza i ropę vypuścić. Zabieg ten uchroni chorego od dłužšej choroby i bólu, a često i od kosmetyčnego defektu, povstałego vskutek spontaničnego přebicia się ropy na zevnątř.

Dr. Prokeš.

(Tekst česky)

nebo nasilna injekčni technyka. Většinou šlo o sterilni hematomy, ktere se v nekolika dnech rezorbovaly s restytuci ad normam. Rezorpci napomahano suchymi teplymi obklady nebo termoforem. Kde pak šlo o vyron lehce přistupny a nehluboky, vypuštčn za čertsva intraoralni punkci. Dale popsany 2 připady hematomu zhnisalych, kde nevhodny postup ošetřujicich technyku vynutil si i zevni incizi. K uvarovani se takovych nehod je třeba, aby se postupovalo vždy velmi opatrnč a aby nastroje i rostok byly naprosto sterilni. Stane-li se pak již nehoda tedy jakmile se dostavi zvyšeni teploty, ktere se neda vyložiti jinym patologickym procesem, třeba souditi na zhnisani hematomu. Tu nutno hnis ihned vypustiti. Takovy vhodny zakrok ušetři pacienta prutahu choroby i bolesti a často též nepřijemneho kozmetyckeho defektu, vznikleho spontanni perforaci na venek.

Dr. Prokeš.

CHIRURGJA STOMATOLOGIČNA.

Prof. J. Jesenský. Vskazania do vyjmovania zębów. Zubní Lekařství 1931/4.

V počątkach rozvoju lečenia zachovavčego głóvnem vskazaniem do vyjmovania zębów był ból. V miarę rozvoju dentystyki zachovavčej zasada ta zmieniła się. Počątkovo lečono zęby přednie z chorą miazgą, później i vielokořeniove, vreščie zęby z miazgą obumarłą. Starano się zachovać ząb za všelką cenę. V ten sposób rozvinął się krańcovy konservatyzm, lečono zęby, które v następstvie vyvołały zapalenie tkanek okoličnych, gdzie jedynie zabieg radykalny był vskazany. Nauka o oral sepsis sprovadziła znovu na pevien čas zapał do vyjmovania zębów.

CHIRURGIE STOMATOLOGICKA.

Prof. J. Jesenský. Indykace k ekstrakci zubu. Zubni Lekařstvi, ročnik 1931/4.

V počatcich konzervatyvniho ošetřovani zubu hlavni indykaci pro ekstrakci bylo boleni zubu. Boli-li zub, nejlepe jej vytrhnouti!

Postupem vyvoje konzervatyvniho zubniho lekařstvi tato zasada se změnila. Byly ošetřovany pulpitycke frontalni zuby, později i vicekořenove pulpitycke a zuby s dřeni odumřelou. Zubni lekař snažil se zachovat nemocnemu zub k funkci za každou cenu, vyvinul se přilišny konzervatyzmus, ktery vedl až k ekstremum, že byly ošetřovany zuby, ktere byly přičinou zanětu okolni tkaně a kde radykalni terapie byla jedinym

(Tekst polski)

Dzisiaj viemy, że dentysta povinien na vstępie převidzieć skutek lečenia zachovavčego i v razie niepomyślnego rokovania ząb bezzvłočnie usunąć.

Vskazania do vyjmovania zębóv są absolutne i vzględne. Bezvzględne vskazanie zachodzi vtedy, gdy usunięcie zęba jest koniečnym i jedynym zabiegiem, dającym gvarancję vylečenia, vzgl. zapobiegnięcia povstaniu schořenia. Jeżeli vartość funkcjonalna lub kosmetyčna zęba rozstřyga, mamy tu vskazanie vzględne.

Vskazania do usuvania zdrovych zębóv.

1. Zdrove zęby, znajdujące się přy normalnym zreštą zgryzie poza łukiem zębovym usuvamy, ježeli anomalji regulacją usunąć nie možna, lub ježeli ta jest bezcelova (zęby nadličbove). Zęby nadličbove, stojące v łuku vyjmujemy, ježeli one psują vygląd, a lukę po ich usunięciu skorygovać možna ortodontyčnie lub protetyčnie.

2. Zęby zatřymane usuvamy, o ile są přyčyną komplikacyj (torbiele, stany zapalne, ucisk na zęby okolične)

3. Objavy přy vyřynaniu się zęba mądrości nie zavše pozostają v zviązku z samem vyřynaniem. Dovodzi tego okoličność, že třecie třonovce, vyjęte přy dentitio difficilis mają pravie zavše kořenie zupełnie rozvinięte. Spo-

(Tekst česky)

spolehlivym prostředkem k vyhojeni chorobneho pochodu.

Nauka o fokalni infekci spusobila zase ekstrakčni horečku na určitou dobu.

Dnes zubni lekař ma v danem připadě předem odhadnouti vysledek konzervatyvniho lečeni a neni-li prognoza konzervatyvniho lečeni s určitosti dobra, bez odkladu ma zub ekstrahovati.

Indykace k ekstrakci zubu jsou absolutni a fakultatyvni. Absolutni indykace je v těch připadech, kde ekstrakce zubu je naprosto nutnym a jedinym spolehlivym zakrokem k vyhojeni chorobneho pochodu nebo k zamezeni jeho vzniku.

Fakultatyvni indykace k ekstrakci zubu jsou pro ty připady, kdy funkčni a kozmetycka bezcenost zubu rozhoduji spiše pro radykalni zakrok.

Indykace k ekstrakci zdravych zubu.

1. Zdrave zuby, stojici v normalni okluzi mimo zubni oblouk ekstrahujeme jen nelze-li opraviti anomalni polohy zubu ortodontycky nebo nema-li vřazeni zubu v oblouk vyznamu. (Nadpočetne zuby.) Nadpočetne zuby zařazene spravně v zubni oblouk ekstrahujeme, pusobi-li kozmetycky rušivě a da-li se mezera po ekstrakci vznikla ortodontyckym nebo protetyckym ošetřenim uzavřiti a vzhled chrupu zlepšiti.

2. Vytaženi retynovanych zubu je indykovano, daly-li podnět ke komplikacim (cysty, zaněty, tlak na zuby.) Dokud nepusobi obtiži — neekstrahujeme.

3. Dentitio difficilis M_3 neni vždy v etyologickem vstahu s prořezavanim M3. Dukazem toho je, že třeti molary, ktere při dentitio difficilis M3 byly ekstrahovany, maji skoro vždy uplně zavřene kořeny. Spusob

(Tekst polski)

sób lečenia zależny jest od stopnia zapalenia i od jego właścivej přyčyny.

a) Utrata ostatniego dolnego třonovca přy pełnym łuku ma nievielkie znaczenie funkcjonalne. V přypadkach vątplivych ząb usuvamy celem uniknięcia povikłań.

b) Ježeli M_3 stoi v łuku, a poviečchnia korony dochodzi do linji zgryzovej, kiedy objavy subjektyvne i objektyvne nie są groźne, postępujemy konservatyvnie.

M_3 vyjmujemy, o ile nie možna usunąć płata błony śluzovej pokryvającego distalną čęść korony i obnažyć zupełnie povieřchnię žującą, lub ježeli po povtórnem vycięciu płata dziąsłovego, ten ostatni znóv się vytvaŕa i jest přyčyną recydyvujących stanóv zapalnych.

c) Vyjęcie jest vskazane v tych přypadkach, ježeli přy vyřnięciu się korony zęba čęść nieznačna navet přykryta jest kością gałęzi vstępującej. Grozi tutaj stan zapalny vorečka okołokoronovego, który tutaj vraz z częścią korony jest zatřymany.

d) Ježeli korona zęba jest zatřymana přy niepravidłovem położeniu zęba tak, że vidočna tylko jej čęść (distalna), vóvčas ząb usuvamy.

e) Ježeli povstaje proces chorobovy přy zębach zupełnie zatřymanych, natenčas zęby rovnież vyjmujemy.

4. Dziąślaki (epulis) vychodzą často z parodontium. Recydyvie po ich vycięciu možna zapobiec jedynie přez usunięcie zęba i tkanki, z której guz vyrasta

(Tekst česky)

ošetřeni ma byti dyrigovan dle povahy zanětu a dle jeho prave přičiny.

a) Stratou posledniho molaru dolniho — při jinak uplnem oblouku — funkce chrupu trpi jen nepatrně. V pochybnych připadech ekstrahujeme zub, aby se předešlo vsplanuti nebezpečneho zanětu.

b) Je-li M_3 spravně zařaděn v oblouk cela korunka vyčniva z koštěneho lužka, okluzalni plocha je v rovině okluzalni plochy sousedniho zubu, subjektyvni a objektyvni přiznaky nejsou hrozive, ošetřujeme konzervatyvně.

Ekstrahujeme M_3, nelze-li zatlačovanim dasňoveho laloku — pokryvajiciho dystalni polovinu okluzalni plošky — obnažiti celou okluzalni plošku nebo přerusta-li po opětovne ekscizi a dava podnět k recidyvam zanětu.

c) Indykovana jest ekstrakce v připadech, kde sice korunka zubu spravně zařazena v oblouk s normalni polohou okluzalni plošky, zustava-li však dystalni jeji čast i jen v malem rozsahu kryta kosti rami ascendentis. Hrozi nebezpeči, že bude zanět převeden na perikoronalni vak, ktery jest v impaktovane časti korunky uchovan.

d) Je-li korunka zubu z časti impaktovana v kosti při anomalni poloze zubu, takže z kosti vyčniva jen jeji čast — nejčastěji to byva dystalni periferie korunky — ekstrahujeme.

e) Vznikne-li chorobny pochod při zubech uplně v kosti uzavřenych, rovněž ekstrahujeme.

4. Epulidy, t. j. tumory nasedajici na dasňovy vyčněl, vznikaji často z paradentia zubu. Recidyvě nadoru po jejich ekstyrpaci lze zabraniti jen odstraněnim zubu a ekstyrpaci tkaňove pudy z niž nadory vyrustaji.

(Tekst polski)

5. Ježeli linja złamania přy złamaniach skomplikovanych ščęki přechodzi přez kořeń zęba, naležy ząb usunąć, gdyž pozostaviony utrudnia zrost fragmentóv kostnych.

6. Čy vyjęcie zęba jest vskazane přy ropotoku zębodołovym, decyduje stopień schořenia, rezultat lečenia chirurgičnego i možność ustalenia chviejących się zębóv.

7. Pojedynče zęby zdrove v ščękach bezzębnych usuvamy celem uzyskania odpoviedniego vyrostka zębodołovego pod dostavkę.

8. Přy rozlanych zapaleniach špiku kostnego ščęki vyjmujemy navet zdrove zęby, o ile v ich okolicy došło do sekvestracji.

9. Vyjęcie zębóv mlečnych vskazane jest po ukończeniu dentitio secunda, ježeli zęby te są již vskutek resorpcji pozbavione kořeni. Zęby mlečne z niezresorbovanemi kořeniami po skończonej dentitio secunda usuvamy tylko vtedy, gdy roentgenogram vykaže nam istnienie zęba stałego i možlivość přy pomocy regulacji ustavienia go pravidłovo v łuku zębovym.

10. Tak zvane dentes praelactei, vyklute před urodzeniem się dziecka lub zaraz po urodzeniu się vyjmujemy. Takie zęby ranią brodavkę piersiovą matki, vyvołują odležynove ovřodzenia na spodzie języka, vreščie mogą vypaść i ulec aspiracji.

Vskazania do vyjmovania zębóv z chorą miazgą:

Přy zapaleniu miazgi usunięcie zęba nigdy nie jest bezvzględnie vskazane.

1. Vyjmujemy je vóvčas, gdy nie mają žadnego značenia ani kosmetyčnego, ani funkcjonalnego. Co się tyčy dolnych zębóv mądrości, ulegają

(Tekst česky)

5. Prochazi-li lomna čara při komplikovanych frakturach čelisti kořenem zubu, je nutno zub ekstrahovati. Ponechani zubu stěžuje srust fragmentu.

6. Kdy jest indykovana ekstrakce při pyorhoe alveolaris rozhoduje pokročilost choroby, vysledek chirurgickeho ošetřeni a možnost uměle fiksace.

7. Ojedinčle zdrave zuby v jinak bezzubych čelistech ekstrahujeme k docileni vhodne upravy dasňoveho vyčnělu pro protezu.

8. Při rozsahlych osteomyelitydach čelisti ekstrahujeme i skupiny zdravych zubu, v jejichž oblasti došlo k sekvestrovani kosti.

9. Ekstrakce zdravych dětskych zubu jest indykovana po ukončeni druhe dentyce, když byly zuby uvolněny rezorpci kořenu.

Perzistujici dětske zuby s kořeny nerezorbovanymi po skončeni vyměny zubu ekstrahujeme jen tehdy, zjistime-li rtg. nahradni zub, jeho polohu a zda bude možno ortodontycky zařaděni retynovaneho zubu v oblouk.

10. T. zv. prelaktealni zuby, t. j. dětske zuby, ktere prořizly buď před narozenim nebo besprostředně po narozeni ditěte ekstrahujeme. Zraňuji bradavku prsu, spusobuji dekubitalni vředy na spodině jazyka a mohou byti uvolněny a aspirovany.

Indykace k ekstrakci zubu se zanětem zubni dřeně.

Při zanětu zubni dřeně neni vytaženi zubu nikdy absolutně indykovano.

1. Ekstrahujeme zuby pulpitycke, ktere nemaji ani funkčniho ani kozmetyckeho vyznamu. Na př. zuby moudrosti, ktere jsou buď nasledkem

(Tekst polski)
one próchnicy najčęściej ješče vtedy, kiedy kořenie nie są ješče zupełnie rozvinięte. Lečenie zachovavče nie daje dobrego rokovania, a później nastąpić može zapalenie tkanki okoličnej z objavami ostremi, lub točy się ukryty proces zapalny převlekly, mogący być źródłem oral sepsis.

2. Zęby z zapaleniem miazgi važne czynnościovo lub kosmetyčnie, np. zęby přednie usuvamy niechętnie. Vyjęcie piervšych třonovców próchnicovych v časie, kiedy nie są ješče rozvinięte, vskazane jest ze względu na grožące zakaženie ogniskove, a luka povstała po usunięciu zęba, vkrótce po jego usunięciu zamknie się dzięki přesunięciu się drugiego třonovca ku přodovi, a vtedy viele nie ucierpi ani zgryz, ani funkcja. To spontanične vyróvnanie zgryzu nie jest tak vidočne, ježeli vyjęcie nastąpiło v vieku późniejszym.

3. Všystkie vskazania dla usunięcia zębów zdrovych stosują się i do zębów z miazgą zapalną.

4. Přy niepovodzeniach zachovavčego lečenia zębów z zapaleniem miazgi (złamanie miazgociągu v převodzie kořeniovym, přebicie ściany kořenia přy rozšeřaniu převodu, zgořel od aršeniku i t. p. včesnem vyjęciem možemy zapobiec povstaniu groźniejšych povikłań.

5. Co do vyjmovania zębów mlečnych z zapaleniem miazgi odstępujemy od zasady tylko vtedy, ježeli zachovanie zęba ma značenie dla vytvořenia normalnego zgryzu stałego uzębienia (drugie mlečne třonovce, kły).

(Tekst česky)
anomalni polohy nebo proto, že chybi antagonysta vyloučeny uplně z funkce.

Posledni molary podlehaji nejčastěji kazu besprostředně po svem proříznuti a byvaji stiženy zanětem dřeně již v době, kdy nebyl vyvoj kořene ukončen. Konzervatyvni ošetřeni nema přiznive prognozy a později muže dojiti k zanětu okolni tkaně, manyfestujici se buď prudkymi přiznaky akutniho pochodu, nebo utajenym vleklym procesem, ktery se muže stat zřidlem fokalni infekce.

2. Zuby pulpitycke, ktere jsou platnym funkčnim činitelem, nebo zuby frontalni z duvodu kozmetyckych neradi ekstrahujeme.

Ekstrakce prvnich molaru zasaženych zanětem dřeně před ukončenim vyvoje jest indykovana jednak pro nebespeči fokalni infekce, jednak z toho duvodu, že po vytaženi besprostředně po proříznuti uzavira se mezera ekstrakci vznikla mezialnim posunem druhe stoličky takže okluze a funkčni schopnost chrupu trpi jen nepatrně.

Tato spontanni korekce chrupu neni však vydatna, byl-li ekstrahovan zub v pozdějši době.

3. Všechny indykace pro ekstrakci zdravych zubu vstahuji se i na zuby pulpitycke.

4. Při nehodach v konzervatyvnim ošetřovani pulpityckych zubu — zlomeni nervekstraktoru v kořenovem pruduchu, otevřeni stěny kořene při rozšiřovani kořenoveho pruduchu, arzenova nekroza kosti a t. d. — včasnou ekstrakci mužeme předejiti nepřijemnym nasledkum.

5. Ekstrakci dětskych zubu se zanětem dřeně vyhybame se zasadně jen v těch připadech, kdy zachovani zubu ma vyznam pro vytvořeni normalni okluze chrupu staleho. (Druhe dětske molary, špičaky.)

(Tekst polski)

Vskazania do usunięcia zębów z miazgą zgořelinovą.

1. Zęby z miazgą martvą vyjmujemy zavše, o ile varunki anatomične nie pozvalają na należyte vylečenie převodu kořeniovego; přeškodą tutaj byvają: niemożność přejścia přez převód kořeniovy, nienormalne zakřyvienie kořenia lub rozdvojenie převodu.

2. Bezvzlędnie vskazane jest usunięcie takich zębóv, które vyvołały empyema antri Highmori.

3. Zęby, które vyvołały ropovicę okołoščękovą, połąčoną z ogólnemi objavami septyčnemi vyjmujemy, chociażby chodziło o zęby přednie.

4. Jeśli došło do ropnego zapalenia kośći v okolicy třonovców, vyjmujemy je.

5. Vskazanie do vyjęcia jest róvnież vtedy, o ile vytvořyła się přetoka na skutek převlekłego zapalenia okolo kořeni třonovca.

6. Ząb z torbielą vyjmujemy stosovnie do danych roentgenologičnych i v časie operacyj.

7. Přy dużych ziarniniakach, które zajęły viększą część ozębnej, ząb vyjmujemy.

8. Všystkie zęby mlečne z martvą miazgą.

Přecivvskazania do vyjęcia zęba.

Bezvzględnych přecivvskazań niema. Ani hemofilja ani inna skaza hemoragična nie jest přecivvskazaniem, o ile od vyjęcia zęba zależy zachovanie życia. Bezpodstavne jest róvnież podavanie jako přecivvskazania do vyjęcia: ciąży, menstruacji, karmienia, ciężkich choröb organizmu.

Dr. Fritzová.

(Tekst česky)

Indykace k ekstrakci zubu s mrtvou dřeni.

1. Zuby s mrtvou dřeni ekstrahujeme vždy, nedovoluji-li anatomicke poměry řadneho ošetřeni dřeňove dutiny a kořenoveho pruduchu. Překažkou muže byti nepruchodnost kořenovych pruduchu nebo anomalni zakřiveni kořenu, nebo dvojite kanalky.

2. Absolutně indykovana je ekstrakce hornich zubu, ktere byly přičinou empyemu antra.

3. Zuby, ktere daly podnět ke vzniku perimaksilarni flegmony provazene celkovymi septyckymi přiznaky ektrahujeme i jedna-li se o zuby frontalni.

4. Molary, u nichž došlo k hnisavemu zanětu okostice, ekstrahujeme.

5. Vytvořila-li se kožni pištěl z vleklého zanětu u kořenu molaru, je indykace k vytaženi zubu.

6. Zub s cystou ekstrahujeme podle poměru zjištěnych roentgenogramem a při operaci cysty.

7. Při dyffusnich granulomech, ktere zaujaly větši čast paradentia, ekstrahujeme zub.

8. Všechny dětske zuby s odumřelou dřeni ekstrahujeme.

O kontraindykaci k ekstrakci zubu.

Absolutni kontraindykace k ekstrakci zubu neegzistuji.

Ani hemofilie nebo jina hemoragicka dyateza neni kontraindykaci, zavisi-li na vytaženi zubu po připadě i zachraněni života.

Bezduvodně jsou udavany za kontraindykace k ekstrakci těhotenstvi, menstruace, laktace, těžke choroby celkoveho razu.

Dr. Fritzová.

(Tekst polski)

Prof. Kostečka, Praga. Chirurgične lečenie zgryzu otvartego. Zubni lekařstvi 1930/12.

Zgryz otvarty možna usunąć ortodontyčnie jedynie u osobników do lat 14, jakotež anomalje mniejšego stopnia. Povyžej 14-tego roku žycia, gdzie přestřeń między obu łukami zębovemi jest większa niž jeden centymetr, vskazany jest zabieg chirurgičny. Dotychčasove metody operacyjne z cięciem skórnem nie davały dobrych vyników. Novsi autorovie metody tej zaniechali. Posługują się oni igłą tą samą, której autor užyva přy operacji progenji pod płatkiem ušnym bezpośrednio za margo posterior mandibulae i v środek vcięcia półksiężycovego. Usta ma pacjent otvarte, aby arcus zygomaticus nie přeškadzał wepchnięciu igły. Na zgięciu igły ustala się piłkę Gigliego i přecina się processus condyloideus z częściami ramus mandibulae. Ščękę ustala się šyną. Doskonałość metody tej polega na łatvem vykonaniu v krótkim časie bez cięcia skórnego. Uškodzenie tętnic i nervóv jest pravie že vyklučone.

Autor opisuje operację, vykonaną z pomyślnym skutkiem přy apertogenji połąčonej z apertognatją. Před vykonaniem zabiegu vskazane jest ortodontyčne rozšeřenie ščęki górnej v zakresie předtřonovcóv dla uzyskania dokładnego zamknięcia i normalnego zgryzu.

Dr. Švejda.

Dr. A. Neumann. Přypadek poekstrakcyjnego zapalenia kości ščękovej. Zubni lekařstvi 1931/7.

Po krótkiej vstępnej vzmiance o etjologji poekstrakcyjnych zapaleń kości ščękovej i ich podziale, opisuje autor přypadek rozlanego zapalenia okostnej pravej ščęki górnej. Nastąpiło ono po usunięciu próchnicovej 4,

(Tekst česky)

Prof. Kostečka. Chirurgicka terapie otevřeneho chrupu. (Zubni lekařstvi, roč. 1930, č. 12.)

Ortodontyckou terapii lze korigovati otevřeny chrup jen u nemocnych do 14 roku, pak jen u anomalii menšiho stupně. U nemocnych staršich 14-ti let, kde mezera mezi zubnimi oblouky je větši než 1 cm indykovana terapie chirurgicka. Dosavadni chirurgicka terapie měla vadu v kožnim řezu, autorova metoda ji odstraňuje. Princip operace: zavede se přiměřeně sformovana jehla (stejna jake autor uživa při operaci progenie) 2 cm pod uponem boltce těsně za margo post. mandibulae. Postupuje se v kontaktu s kosti k incisura mandibulae, kde uprostřed incizury se jehla vybodne ven. Usta ma pacient otevřena, aby pons zygomaticus nepřekažel vybodnuti jehly. Na zahnutou jehlu upevni se po te Gigliho pilka a processus condyloideus i s časti ramus mandibulae se protne. Čelist fiksuje se pak dlahou. Přednosti metody je jeji snadne provedeni v kratkem čase bez kožniho řezu. Poraněni velkych cev a nervu je teměř vyloučeno.

Autor popisuje zdařile provedenou operaci s dobrym terapeutyckym efektem u apertogenie kombinovane s apertognatii. Před provedenim operace bylo nutno ortodontyckou terapii rozšiřiti čelist horni v krajině premolaru k docileni spravneho skusu.

Dr. Švejda.

Dr. A. Neumann. Připad postekstrakčni ostytydy. (Zubni lekařstvi 1931, č. 7.)

Po stručne uvodni zmince o etyologii postekstrakčnich ostytyd a jich rozděleni popisuje autor připad dyfuzni ostytydy prave horni čelisti. Došlo k ni po ekstrakci kariezni 4. Neda se však přesně řici, zda vznikla

(Tekst polski)
nie možna jednak stanovčo tvierdzić, že zakaženie nastąpiło po ekstrakcji, albowiem chora zapodała, že 14 dni předtem přešła zapalenie ozębnej. Dlatego, že ostre zapalenie nastąpiło v 3-ci dzień po usunięciu zęba i miejscove zniečulenie było bardzo bolesne, pravdopodobne więc jest, že to zapalenie vyvołane zostało injekcją do tkanki zapalnej.

Vedle zdjęcia roentgenovskiego, vidočnem było, že sprava provadziła do zaniku całego vyrostka zębodołovego, mezjalnie od usuniętego zęba 4, aż do linji środkovej, a přegrody międzyzębove představiały się jako sekvestry. Přy vyskrobyvaniu ziarniny i martviaków stvierdzono jako poviklanie empyema antri, co přy stanach zapalnych ščęki górnej jest dość częstem zjaviskiem. Z tego povodu vykonano operację według Luc-Caldvella. Přypadek ten dobře się vygoił, pozostała jednak mała komunikacja między jamą ščękovą a jamą ustną nad 5, którą usunięto plastyčnem zamknięciem otvoru zapomocą okostnej i błony śluzovej. Pozostały mały otvór vygojono lapisem. Po 2 miesiącach założono tymčasovą protezę, którą później zastąpiono mostkiem, a ubytek dziąsłovy uzupełni się porcelaną vypalaną. Dr. Prokeš.

(Tekst česky)
infekci po ekstrakci, ješto nemocna již 14 dni před tim udavala znamky zanětu ozubice. Poněvadž však akutni vzplanuti objevilo se asi 3 dni po ekstrakci a poněvadž lokalni injekce byla velmi bolestiva, zda se spiše, že ostytyda vyvolana injekci do zanicene tkanč. Podle roentgenu patrno, že proces vedl k zaniku celeho alveolarniho vyčnělku, mezialně od ekstrahovane horni 4 až ke středni čaře, jen septa interdentalni rysovala se jako sekvestry. Při ekskochleaci granulaci a sekvestru zjištčna komplikace teto kolikvačni ostytydy s empyemem antra, což u ostytyd horni čelisti byva časte. Proto připojena operace Luc-Caldwellova. Připad se dobře zhojil až na malou komunykaci mezi antrem a dutinou ustni u 5, ktera odstraněna plastyckym přešitim otvoru periostem a sliznici. Zbyly pak nepatrny otvurek zhojen lapisovanim. Po 2 měsicich dana prozatimni proteza, ktera později bude nahražena mustkem, kde chybějici vyběžek dasnovy bude nahražen palenym porculanem. Dr. Prokeš.

PROTETYKA.

Dr. Čestmir Parma: Značenie roentgenogramu v protetyce. Zubni lekarstvi 1931/32.

Praca ta jest jednym z rozdziałóv dzieła autora „Roentgenologja zębóv", będącego v druku. Nie jest překładem niemieckiej pracy autora, lecz stanovi odrębną całość co do treści, jak też rozmiaru materjalu. V protetyce roentgenogram jest środkiem pomocničym o tyle, že možemy z niego vyčytać dlugość kořenia, co jest zvłaš-

PROTETYKA.

Dr. Čestmir Parma. Vyznam roentgenogramu v protetyce. (Zubni lekařstvi 1931, č. 12.)

Tato prace tvoři stať, vyňatou z autorovy knihy „Zubni roentgenologie", ktera je nyni pravě v tisku a neni překladem německe knihy autorovy, nybrž je nova, jak obsahem, tak i pojetim latky. V protetyce roentgenogram pomaha stanoviti indykaci tim, že z něj učinime si představu o nosnosti piliře vzhledem

(Tekst polski)

ča važne přy zębach resekovanych. Povinnišmy zavše vykonać zdjęcie roentgenovskie zębów, mających stanović filar mostka, zvłašča jeśli chodzi o třeci ząb třonovy. Přy zgryzie otvartym jest to też koniečne přy zębach přednich. Dalej orjentujemy się co do kštałtu kořenia; kořeń zgięty bagnetovo lub łukovato nie može być užyty jako filar. Bardzo važny jest stosunek osi zębów do osi dostavki. Naležy přytem odróžnić oś korony, zmieřającej eventualnie do centrum Spee'go od osi kořenia, które vzajemnie zavierają kąt. Gdy oś zęba nie zgadza się z osią dostavki, występuje přeciąženie zęba, a następovo jego rozchvianie. Trvałość dostavki da się zgóry określić po vykonaniu popředniem pomiarów i zdjęć roentgenovskich. Pevne niedomogi mają jednak taki charakter, že nie zavše předtem možna je přewidzieć, a tem samem skorygovać. Występovanie eventualnych późniejšych zmian patologičnych polega na 1. vtórnej próchnicy šyjki zębovej, 2. okołoYčytovych zapaleniach ozębnej, ev. torbielach, 3. na rozšeřeniu špary ozębnej, 4. marginalnej resorpcji přegród międzyzębovych.

Dr. Ervin Huller.

(Tekst česky)

k delce kořene, což je obzvláště duležite u zubu resekovanych. Mame vždy kontrolovat nahradu mustkovou, jde-li o použiti osmiček. U otevřeneho skusu vždy nutno kontrolovat frontalni zuby. Za druhe mužeme zjistit tvar kořene. Kořen zahnuty bajonetovitě, neb do oblouku, vylučuje použiti čepu. Velmi duležita je poloha osy zubni, v poměru k ose nahrady. Nutno při tom rozlišovati mezi osou korunky, směřujici eventuelně k centru Speeovu a osou kořene, ktere spolu někdy sviraji uhel. Nesouhlasi-li osa zubni s osou nahrady, přidružuje se velmi vyznačny moment pačivy, vedouci k přetiženi zubu. Prognozu nahrady lze ze zhora uvedenych poměru stanoviti. Roentgenem lze kontrolovati modelaci protes na krčku zubu. Roentgen zde poměry poněkud skresluje k horšimu. Tyto nedostatky jsou však vždy takoveho razu, že se daji v každem připadě předvidati a v představě korigovati. Zjištěni eventuelnich pozdnich patologickych změn tyka se: 1. sekundarniho kazu krčkoveho, 2. periapikalnich ostytyd, event. cyst., 3. rozšiřeni periodont. štěrbiny a 4. marginalni rezorpce interalveolarnich sept.

Dr. Ervin Huller.

Dr. Č. Parma: Problem artykulacji. Zubni lekarstvi 1931, nr. 11.

V tej pracy domaga się autor krytyki novych kierunków problemu artykulacji. Podstava ich opiera się na roentgenologičnem badaniu stavu žuchvovego z bliska. V popřednich pracach zvracano zavše uvagę na podstavy anatomične: stav ščękovy, křyvą Spee'go i na artykulację povieřchni zgryzovych. Koniečnie jednak naležy odróąnić artykulacyjne porušanie ščęki od artykulacyjnego ruchu zębów.

Dr. Č. Parma: K artykulačni otazce. (Zubni lekařstvi 1931, č. 11.)

V teto praci běži autoru o kritiku novych představ v otazce artykulačni. Jejich puvod je v roentgenologickem vyšetřovani kloubu čelistniho z blizka. V puvodnich pracich o teto otazce se přihliželo vždy k anatomickemu podkladu: čelistnimu kloubu, Speeove křivce a k artykulaci zubnich kousacich plošek. Jest ovšem nutno činiti rozdil mezi artykulačnimi pohyby čelisti (o většim rozvěru) a artykulačnimi pohyby zubu. Na roentgenu vi-

(Tekst polski)

Na zdjęciu roentgenovskiem vidzimy, że přy ruchach zębów pozycja glóvki v stavie ščękovym nie zmienia się. Vielka rozmaitość v budovie stavu Yčękoego z punktu vidzenia anatomičnego nie da się vytlumačyć delikatnemi porušeniami ščęki přy ruchach zgryzovych. V ličnych studjach antropologičnych stvierdzono vielką zdolność dostosovyvania się stavu ščękovego. Z tego vynika, że artykulacja zębów jest piervotna, a funkcja stavu ščękovego jest vtórna. Piervotna funkcja stavu zaznača się dopiero přy większem rozvarciu ščęki. Tutaj następuje posunięcie głóvki stavovej vpřód vzdłuż drogi kłykci. Z rozvojovem skróceniem podstavy čaški zviękša się skłon drogi kłykciovej vzględnie guzków stavovych a guzki stavove představiają się jako předłużenia povieřchni stavovej ku přodovi.

Představmy sobie křyvą Spee'go. Ona tłumačy vplyv funkcji ščęki na jej formację. Přy kombinacji kątovego i łukovego zakřyvienia ludzkiej ščęki v porównaniu z równym dzióbem ptąka znachodzimy: značne skrócenie ščęki, rozmaitość rozvartości kąta żuchvy i přesunięcie dolnej ščęki ku tyłovi. Skorygovanie nierównomiernego rozvarcia jest umożlivione tem, że się dolna ščęka poruša około geometryčnego środka svego zakřyvienia (centrum Spee'go). Dlatego musi mieć droga kłykciova pevien stosunek do křyvej Spee'go, nie v podłużnej křyvej Spee'go i jest tem bardziej pionova, im bliżej jest tego centrum. Ale nietylko to, leč także położenie stavu ščękovego nad okluzalną povieřchnią jest miarodajne. Im vyżej jest stav. tem jest droga kłykciova bardziej pionova. Korektura distalnego posunięcia jest możliva přez předłużenie přednich górnych zębów přodozgryzem (Vorbiss). Křyva Spee'go leży na dolnej ščęce na limbus albo na šyj-

(Tekst česky)

dime, že při zubni artykulaci se poloha hlavičky v kloubu čelistnim neměni. Ohromna rozmanitost v kloubu čelistnim po strance anatomicke neda se nijak uvesti v souhlas s jemnymi pohyby čelisti při artykulaci zubu. Dale zjištěna četnymi studiemi antropometrickymi velka adaptabilita kloubu čelistniho. Z toho vyplyva: artykulace zubni je primarni, přislušna funkce čelistniho kloubu sekundarni. Primarni funkce kloubu se uplatnuje při většim rozvěru čelisti. Zde nastava posun hlavičky kloubni dopředu po kondylove draze. S vyvojovym zkracenim baze lebky zvětšuje se sklon kondylove drahy, resp. tubercula articulare a za druhe se uplatnuje tuberculum jako prodlouženi kloubni plošky dopředu..

Všimneme si křivky Speeovy. V ni řešime vlastně vliv funkce čelisti na jeji formaci. Při kombinaci uhloveho a obloukoveho zakřiveni lidske čelisti ve srovnani s rovnym zobakem ptacim nalezame: značne zkraceni čelisti, nestejnoměrny rozvěr jejich a distalni posun dolni čelisti. Korekce nestejnoměrneho rozvěru je umožněna tim, že se dolni čelist pohybuje kol geometrickeho centra sveho zakřiveni (Speeovo centrum). Proto musi miti kondylova draha určity vztah k Speeově křivce. Nasledkem lomeni čelisti leqi kondylova draha bliže centru Speeovu, ne v prodloužene Speeove křivce, a je tim svislejši, čim bliže je k tomuto. Ale nejen to, nybrž take poloha kloubu čelistniho nad rovinou oklusalni rozhoduje. Čim vyše je kloub, tim draha kondylova je svislejši. Korekce distalniho posunu pak možna je prodloužením přednich hornich zubu, předkusem. Speeova křivka jevi se na dolni čelisti na limbu neb na krčcich zubu, ne na oklusalnich ploškach.

(Tekst polski)
kach zębów, nie na povierchniach zgryzovych.

Autor vykazuje v svej pracy, że artykulacja zębów jest samodzielnym procesem niezavisłym od kłykciovej drogi i křyvej Spee'go, dalej, że stosunek křyvej Spee'go do kłykciovej drogi dotyčy tylko dużych porušeń v ščęce i że přodozgryz (Vorbiss) jest korekturą distalnego posunięcia dolnej ščęki. Dr. B. Puda.

Prof. J. Jesenský, Praga: Naše doświadčenia z mostkami porcelanovemi. Zubni lekarstvi 1930, 9.

V pracy tej opisane są doświadčenia z mostkami z porcelany vysokotoplivej, vykonanemi v Klinice dentystyčnej, a kontrolovane po dlugim časie. Z 11 přypadków v 8 były vyniki doskonałe. Přytem należy zaznačyć, że te třy přypadki niepovodzenia stanovią piervše próby na tem polu. V tych ośmių vyżej vymienionych přypadkach mostki były vięcejčłonove (navet pięciočłonove) i vykonane indyvidualnie dla każdego přypadku. Autor jest zdania, że jedynie přez publikację i opisyvanie přypadków możemy sobie dopiero vyrobić sąd o vskazaniach do vykonyvania mostków porcelanovych i że jedynie studja praktyčne łąčnie z zastanavianiem się nad błędami ve vskazaniach i preparovaniu zębów v ustach pacjenta i v technice laboratoryjnej možna dojść do pevnych zasadničych viadomości.

Teoretyčne rozvažania v tym kierunku będą posiadać vtedy vięksą wartość, niż posługivanie się samą teorją. Dr. E. Huller.

ORTODONCJA.

Dr. K. Wachsman i dr. B. Neumann, Praha. Novočesna ortodoncja. Zubni lekarstwi 1930/6.

(Tekst česky)

Prokazuje tedy autor ve své praci že artykulace zubni je samostatny pochod, neodvisly od kondylove drahy a Specovy křivky. Dale, že vztah mezi Speeovou křivkou a kondylovou drahou tyka ṣe jen velkych pohybu čelisti a konečně, že předkus je korekci distalniho posunuti dolni čelisti. Dr. B. Puda.

Dr. J. Jesenský. Naše skušenosti s porculanovymi mustky. (Zubni lekařstvi 1930, č. 9.)

V praci teto uvaději se zkušenosti s mustky z vysokotavitelneho porculanu na zubni klinice zhotovenymi a po delši dobu kontrolovanymi. Z uvedenych 11 připadu potkalo se 8 se zdarem a pouze 3 připady se neosvědčily. Nutno mimo to podotknouti, že ony 3 nezdary patři mezi prvni pokusy o porculanove mustky vubec, takže uvedene vysledky jsou velmi uspokojive. Uvedne prace mustkove jsou vicečlenne (až 5-tičlenne) a dumyslne řešeny pro každy připad zvlašte. Autor soudi, že jedině otevřenym popisovanim připadu zdařilich i nezdařilich si mužeme teprve učiniti řadnou představu o indykacich porculanovych mustku, a že jedině studyjem praktičkeho použiti a studyjem chyb v indykacich, v připravě v dutině ustni a v laboratorni technyce lze se dopracovati určitych zasadnich směrnic pro konstrukci. Teoretycke uvahy v tomto směru budou miti pak daleko větši cenu nežli tehdy, zustavaji-li pouze teorii. Dr. E. Huller.

ORTODONCIE.

Doc. Dr. K. Wachsmann a Dr. B. Neumann, Praha. O moderni ortodontycke terapii. (Zubni lekařstvi 1930, č. 6.)

(Tekst polski)

Autorovie podają krótki přegląd obecnego stanu ortodoncji, która v ostatnich latach najbardziej ze všystkich działóv stomatologji się rozvinęła. Novočesna ortodoncja začęła się łukiem Angle'a, jego piervotny kštałt modyfikovany był dalej přez innych autoróv (Grünberg, Loye, Young, Simon) i přez Angle'a samego. Tak v roku 1910 skonstruovał Angle aparat nazvany „pin and tube appliance" albo „working retainer", zapomocą którego možna usunąć anomalje v ustavieniu zębóv i vykonać t. zv. bodily movement. Ten přyřąd jednak z povodu skomplikovanej konstrukcji znalazł małe zastosovanie, ale zasada „bodily" została zachovana i podaje ją znovu Angle v novym łuku nazvanym „ribbon arch", z tak zvanym „edge-wise arch" łuku čvorograniastym, którym možna vykonać všelkie obroty piervšego i drugiego stopnia, który možna nazvać universalnym aparatem regulacyjnym. Dla usunięcia anomalji drugiej klasy Angle'a užyva Grünberg specjalnego aparatu złožonego z dvóch łukóv dla górnej i jednego dla dolnej ščęki. Všystkie opisane łuki zakładane są od strony předsionka ust. V ameryce rozvinął się t. zv. kierunek biologičny, gdzie užyva się łuku ułožonego językovo (podniebiennie) i opatřonego elastyčnemi sprężynami odpoviednio vykonanemi, które svoją elastyčnością povodują obroty zęba (łuk Mershonóv). Jakkolviek aparat ten nie jest universalnym, ma jednak vielkie značenie přez stałe a róvnomierne vykonyvanie pracy, čem najbardziej zbliža się do sił fizjologičnych a ma najmniej škodlivych działań pobočnych.

Dr. Novak.

(Tekst česky)

Autoři podavaji stručny přehled nynějšiho stavu ortodontycke terapie, jež se v poslednich letech vyvijela nejrychleji ze všech odvětvi zubniho lekařstvi. Moderni ortodontycka terapie počina Angleovym obloukem, jehož puvodni tvar byl dale modyfikovan jinymi autory (Grünberg, Love Young, Simon) i Anglem samym. Tak r. 1910 sestrojil Angle novy přistroj zvany „pin and tube appliance", čili „working retainer", jimž je možno vyloučiti pačeni zubu a provaděti velmi duležity pohyb in toto, t. zv. „bodily movement". Tento přistroj pro obtižne zhotoveni doznal jen velmi maleho rozšiřeni, ale princip pohybu „bodily" již opuštěn nebyl a tak přichazi opět Angle s novym obloukem, zvanym „ribbon arch" a konečně s tak zv. „edge — wise arch", čtyřhranym obloukem, jimž se daji provaděti veškere pohyby prveho i druheho řadu a jejž tedy možno nazvati unyversalnim regulačnim přistrojem. — K ošetřovani anomalii II třidy Angleovy uživa Grünberg zvlaštni aparatury, sestavajici ze dvou oblouku pro horni a jednoho pro dolni čelist. — Všechny popsane oblouky jsou uloženy ve vestibulum oris. V Americe vyvinul se t. zv. biologicky směr, při němž se uživa oblouku uloženeho lingualně (palatynalně) a opatřeneho pružnymi pery vhodně přizpusobenymi, jež svym tlakem pusobi pohyby zubu. (Oblouk Mershonuv.) Přesto že tento přistroj neni unyversalni, ma velkou přednost ve svem stale stejnoměrnem, nenasilnem pusobeni, ktere se tak nejvice bliži silam fysiologickym a ma nejmeně vedlejšich škodlivych učinku.

Dr. Novák.

Dr. J. Šimša. Udoskonalenie čterokanciastego łuku Angle'a (Edge wise arch.). Zubni lekarstvi 1931, nr. 9.

Autor opisuje dokładnie ten naj-

Dr. J. Šimsa. Zdokonaleni Anglova čtyřhranneho oblouku (Edge — wise arch.) (Zubni lekařstvi 1931, č. 9.)

V podrobnem, četnymi ilustracemi

(Tekst polski)
novsy aparat ortodontyčny, vyjaśniając ličnemi přeźročami. Opisuje materjał i sposób jego přygotovania, vskazując dokładnie sposób vykonania luku, zamka (attachement) i ligatur, podaje jak zapomocą viązań možna přeprovadzać všystkie přesunięcia piervšego zęba (np. přesunięcie labiobukalne, vertikalne, rotacyjne) i następnie ruchy zębów pojedyńčych lub całych grup (en phalanx) v časie o viele krótšym niž posługivać się innemi aparatami, přytem bez uškodzeń tkanki zębovej i ščęki.

Dr. V. Novak.

(Tekst česky)
provazenem članku pojednava autor o tomto nejnovějšim ortodontyckem přistroji. Popisuje material a pracovni postup jeho zhotoveni a ukazuje nazorně, jak vhodnym vzajemnym uspořadanim oblouku, zamku (attachementu) a ligatur možno provaděti všechny pohyby zubu prveho (posuny labiobukkalni, vertykalni, rotaci) i druheho řadu (pačeni zubu jednotlivě nebo celych skupin — „en phalanx") v době podstatně kratši než přistroji jinymi, a při tom bez vedlejšich škodlivych účinku na tkaň zubu i čelisti.

Dr. V. Novák.

ELEKTROLOGJA.

Dr. J. Krečan. Stosovanie częstotlivego prądu elektryčnego v stomatologji. Zubni lekařstvi 1931/10.

Užyvanie częstotlivego prądu elektryčnego znalazło zastosovanie i v stomatologji. V stomatologičnej klinice prof. Jeseńsky'ego užyva się českiego aparatu do diatermji (Diatermie Dz), który służy do koagulacji miazgi, nagřevania miejscovego i kaustyki. Lečenie žyvej albo zapalonej miazgi: v piervšem posiedzeniu devitalizuje się miazgę vkładką aršenikovą, v drugiem vykonuje się jałovą amputację miazgi. V razie krvavienia vkłada się jalovy tampon do ubytku, pacjentovi zaś daje się do ręki elektrodę bierną, elektrodą čynną dotykamy vkładki, puščamy přez kilka sekund prąd 50 do 60 MA — następuje koagulacja, elektrodę čynną (igłą Millera) vkłada się do převodu i załąča prąd na 1—2 sekundy o 70—120 MA. Po přervie około 15 sekund povtařa się to samo ješče raz. Po ekstyrpacji miazgi (ta jest bardzo łatva i povinna być dokładna přy Foramen apicale) vprovadza się do převodu perhydrol albo hypochloryt i załąča się prąd o sile

ELEKTROLOGIE.

Dr. J. Křečan. Aplikace vysokofrekventnich proudu v zubnim lekařstvi. (Zubni lekařstvi 1931, č. 10.)

Terapie vysokofrekventnimi proudy pronikla uspěšně i v zubnim lekařstvi. Na zubni klinice prof. Jesenskeho použiva se českeho dyatermickeho přistroje (Diathermie Dz), ktery slouži pro koagulaci pulpy, dyatermicke mistni prohřivani a vysokofrekventni řezani.

Ošetřeni žive nebo zanicene pulpy: V 1. seděni devitalisuje se arzenovou vložkou, v druhem provede se sterilně amputace pulpy. V připadě krvaceni stavi se toto tak, že do kavity vloži se sterilni vatovy tamponek, pacientu da se do ruky inakt. elektroda, aktyvni pak dotkneme se vaty a pošleme několik vteřin proud 50—60 MA. Nastane koagulace cevek. Kavita se vysuši, zavede se aktyvni elektroda (Millerova jehla) do pruduchu a zapne se na 1—2 vt. proud 70—120 MA. Po pauze asi 15 vt. se totež opakuje. Po ekstyrpaci pulpy (ta je velmi snadna a přesně u foramen apicale), zaplavi se kanal perhydrolem nebo hypochloritem a posila se proud sily asi 40—60

(Tekst polski)

około 40—60 MA tak długo, až pacjent odčuje ból, potem ubytek się osuša i zamyka.

Zgořel: Po usunięciu próchnicovej zębiny, vkłada się igłę do ⅓ převodu, załąča się prąd około 40 MA dochodząc až do 60 MA, až pacjent odčuje ból. Już po piervšej aplikacji voń zgořeli znika. Po 10—15 sekundovych přervach cały proces się ješče povtařa około 3—4 razy, z tem, że igłę vprovadzamy coraz głębiej. Następnie očyšča się převód mechaničnie i się go vypełnia. Dla silniejšego działania vprovadza się do převodu rozčyn hypochlorytu albo chlorfenolu. Gdy ząb pokryty jest koroną, można go šeroko otvořyć, do ubytku vkładamy vkładkę z tvardej gumy z otvorem dla elektrody. V ten sposób izolujemy elektrodę od korony. To samo osiągamy přy użyciu emaljovanego drutu jako elektrody.

Ziarniniaki lečy się podobnie jak zgořel, z tem, że igłę vprovadza się až do ziarniniaka. Vedle Prinza stosuje się 100-120 MA 4 razy po 2 sekundy albo 50—60 Ma 4 razy po 3—5 sekund. Přy zbyt silnej koagulacji vytvařa się niekiedy ropień.

Přetoki: Dla lečenia ich mamy elektrody vłasnego pomysłu, które są zakończone hačykovato i są różnego překroju. Elektrodę vprovadza się do přetoki, přez całą długość kanału přetoki a po załączeniu prądu povoli się elektrodę vyjmuje, vyvolując v ten sposób koagulację v kanale přetoki.

Bezbolesne preparovanie ubytków: Elektrodą dotykamy vražlivych miejsc zębiny (70—80 MA). Lepiej jest załąčyć prąd do wiertarki, która jest izolovana od innych čęści metalovych nasadki. V ten sposób można osłabić vražlivość zębiny v około 50% přypadków. Dr. J. Švejda.

(Tekst česky)

MA i nižši tak dlouho, až pacient uda pocit bolesti. Pak se kavita vysuši a uzavře.

Gangrena: Po odstraněni karieznilio dentynu zavede se jehla do prve třetiny pruduchu, zapne se proud asi 40 MA a stoupa se eventuelně až na 60 MA, až pacient uda pocit bolesti. Již po prve aplikaci obyčejně zapach vymizi. Po deseti až patnactivteřinovych pauzach se cely proces ještě asi 3—4-krat opakuje, při čemž se jehla zasunuje hlouběji. Pak se mechanycky odstrani drť a nasleduje vyplň. Pro zvyšeni učinu možno pracovati v poli, zaplavenem rostokem hypochloritu nebo chlorfenolu. U zubu se zlatou korunkou možno tuto široce otevřiti, do kavity vložiti nastrček z tvrde gumy s otvorem pro elektrodu a tak izolovati elektrodu od korunky. Stejneho efektu možno dociliti použitim emailovaneho dratu co elektrody.

Granulom se ošetřuje podobně jako gangrena, jen zavede se jehla apeksem až do granulomu. Doba pusobeni proudu se doporučuje (Prinz) 100—120 MA 4-krat po 2 vt. nebo 50—60 MA 4-krat po 3—5 vt. Při přiliš velke koagulaci vytvoři se někdy absces.

Pištěle: K ošetřeni jich jsou zvlaštni elektrody, zakončene kličkou ruzneho pruměru. Elektroda zavede se pištěli až ke konci kanalku a po zapnuti proudu se pomalu vytahuje. Nastava koagulace kanalku.

Bezbolestna preparace kavity: Elektrodou dotykame se citlivych mist dentynu (70—80 MA). Lepši je připojeni proudu na vrtaček, zvlašt isolovany od ostatnich kovovych současti nasadce. Timto postupem lze ziskati necitlivost asi v 50% připadu.

Dr. J. Švejda.

(Tekst polski)

ROENTGENOLOGJA.

Dr. Č. Parma. Budova roentgenologičnych přyřądów, służących do djagnostyki. Zubni lekařstvi 1930, 1.

Vyrazistość roentgenovskiego zdjęcia na filmie zaležy od 1. rury roentgenovskiej, 2. od dobrego elektryčnego generatora, 3. od vyłąčenia vtórnego promieniovania přez zasłonę odpoviednio długiego tubusa, 4. od tvardości promieni, najmiękšych dla zdjęć intraoralnych, tvardšych zaś dla zdjęć extraoralnych, 5. od nastavienia promienia głóvnego.

Krótkie ekspozycje osiągnie się odpoviednim transformatorem, zasilającym rurę roentgenovską i posługując się bardzo čułemi filmami.

Přy pomocy tegož aparatu možna přesuvać rurę roentgenovską v kierunku pionovym, poziomym i obrotovym celem uzyskania pochylenia promienia głóvnego. Přyřąd ten zaopatřony jest též v přesuvalność v bok dla stereoskopji. Přesuvalne części aparatu łatvo možna ustalić.

Dr. J. Švejda.

Dr. Č. Parma. Djagnostyka roentgenovska stavu ščękovego. Zubni lekařstvi 1930/10.

Vykonanie roentgenovskiego zdjęcia stavu ščękovego naležy do naj-

(Tekst česky)

ROENTGENOLOGIE.

Dr. Č. Parma. Stavebni plan zubnich dyagnostyckych roentgenologickych přistroju. (Zubni lekařstvi 1930, č. 1.)

Spravna krezba roentgenologickeho snimku zavisi: 1. od rtg. lampy, 2. od dobreho proudoveho generatoru, 3. od odcloněni paprsku (delky a šiřky tubusove clony, vylučujici pokud možno dyvergentni paprsky), 4. od tvrdosti světla (nejnižši pro enoralni, vyšši pro ekstraoralni snimky), 5. od orientace o směru centralniho paprsku (vhodny tvar obalu lampy).

Kratke ekspozice docili se vykonnym transformatorem, lampou, ktera se da dostatečně zatižiti a citlivymi filmy.

Vnějši uprava přistroje: typ stropni (již se nevyrabi), typ nastěnny a nejrozšiřenějši typ jeřabovy. Dle autorovych navrhu zhotoven rtg. přistroj „Meta“ typu jeřaboveho. Snadne zastaveni snimku timto přistrojem je umožněno pohybem lampy ve směru vertykalnim (izometrickym kloubem), horizontalnim (ortoradyalnim kloubem), zastaveni na určite misto podelne osy zubu umožněno zvednutim nebo spuštěnim lampy (jeřab se zveda nebo spusti do transformatorove skřinky), konečně je možny pohyb na stranu (kloub lateralni a zaroveň kloub pro stereoskopii). Klouby lze dobře aretovati. Tubus je snimatelny, misto něj da se nasaditi centr. tyčinka, určujici směr centralniho paprsku. Na přistroji je i zařizeni pro snimky stereoskopicke, ktere jine přistroje nemaji.

Dr. J. Švejda.

Dr. Č. Parma. Roentgenova dyagnostyka čelistniho kloubu. (Zubni lekařstvi 1930, č. 10.)

Roentgenove vyšetřeni čelistniho kloubu patři k nejobtižnejšim vyšet-

(Tekst polski)

trudniejšych z całego kośćca ludzkiego. Dotychčasove sposoby projekcji według Cieszyńskiego, Hauberissera i Pordesa są niedostatečne dla określenia i rozpoznania všystkich zmian stavu ščękovego.

Autor podaje svoje „zdjęcie z bliskości", które opisał już v svej „Zahnärztliche Roentgendiagnostik".

Zasada jego představia się następująco:

„Gdy umieścimy ognisko dostatečnie blisko główki žuchvy, zviękšy się do tego stopnia główka i jej okolica, że na zdjęciu vcale się nie uvidočni. Natomiast główka drugiej strony, która leży bardzo blisko filmu vskutek małej odległości zaznačy się na filmie bardzo ostro. Mamy tutaj takie stosunki projekcyjne, jakoby jednej połovy głovy brakovało. Technika takiego zdjęcia jest stosunkovo łatva. Kaseta leży róvnolegle do střałkovej płaščyzny głovy. Centralny konus vzglę̨dnie tubus z aparatu roentgenovskiego się zdejmuje i nastavia się na stav. Usta mają być přytem maksymalnie otvarte, v tym celu vkładamy między zęby korek. Brodę należy unieść ku góře, celem vyciągnięcia šyi, by pofałdovana skóra šyi nie zamazała zdjęcia. Centruje się dokładnie poziomo dvojakim sposobem. Najpierv możemy ustavić centralny promień na zevnętřny převód sluchovy strony přecivnej, ku główce stavovej badanej strony. Ta projekcja zaznača główkę i guzek stavovy popřečnie, ponievaž promień główny přechodzi obok niej v kierunku długiej osi główki i guzka stavovego. Albo możemy ustavić promień centralny pionovo na střałkovą płaščyznę głovy, mieřąc od jednego stavu do drugiego. V tej projekcji główka i guzek stavovy vypada skośnie. Dla główki nie ma to značenia, ale guzek stavovy vypada na roentgenogramie skrócony, ale cały až

(Tekst česky)

řovanim lidske kostry. Dosavadni spusoby projekce podle Cieszyńskeho, Hauberrissera nebo Pordesa nedostačovaly k zakresleni a dyagnoze všech afekci čelistniho kloubu. Autor uvadi svuj „snimek z blizka", ktery popsal již dřive ve sve „Zahnärztliche Roentgendiagnostik". Jeho princip vysvětluje takto: „Dame-li ohnisko lampy dostatečně blizko ke capitulum mandibulae, zvětši se toto capitulum a jeho koštěne okoli projekčně do te miry, že se ve skutečnosti přesviti a na snimku se vubec nezakresli. Naproti tomu druhe capitulum, ktere leži velmi blizko filmu, zakresli se nasledkem sve velmi male vzdalenosti od filmu ostře. Mame zde tedy projekčni poměry takove, jako kdyby jedna polovice hlavy schazela. Technyka zastaveni jest poměrně jednoducha. Kaseta leži rovnoběžně se sagitalni rovinou hlavy. Centračni konus resp. tubus z obalu lampy se odejme a obal se přiloži ke kuži. Usta jsou maksimalně otevřena a vkladame za tim učelem korek mezi zuby. Brada se trochu zvedne, poněvadž komprimovane měkke časti krbu by se na obrazku rušivě zakreslily. Centruje se přesně horizontalně a to dvojim spusobem. Předně mužeme zastaviti centralni paprsek zevnim zvukovodem odlehle strany ke tragu resp. capitulum mandibulae vyšetřovane strany. Tato projekce zakresli hlavičku i tuberculum articulare transverzalně, poněvadž centralni paprsek probiha při ni ve směru dlouhe osy hlavičky i tubercula. Anebo mužeme zastaviti centralni paprsek kolmo na sagitalni rovinu hlavy, miřice od jednoho kloubu ke druhemu. V teto projekci zakresli se hlavička i tuberculum articulare něco ze šikma. U hlavičky to nema vyznamu, ale zato tuberculum articulare nam ukaže na roentgenogramu sice skracenou, ale přes to ce-

(Tekst polski)
do sutura petrosquamosa. Dołek stavovy jest vidočny tylko v piervšej projekcji, špara stavova — v obu. Povierchnia aparatu musi być doskonale uziemiona dlatego, że dotyka tvařy pacjenta. Napięcie prądu nie povinno być bardzo vysokie (40—45 KVolt). To možna uzyskać jednobiegunovym transformatorem, tak, że napięcie přy katodzie vynosi 0 albo zapomocą dvubiegunovego transformatora (aparat Philippsa), gdzie napięcie jest podzielone na +20 i —20 KVolt. Tu izolacja jest łatva. Čas ekspozycji přy 40—45 KVolt vynosi přy 8 MA 2 sekundy, přy 10 MA ½ sekundy, přy 15 MA 1 sekundę. Užyva się folij zasilających.

Najvyraźniej na zdjęciu vypada głóvka stavova, co umožlivia kontrast gęstości vobec přestřeni retronasalnej, zavierającej povietře (analogja do pneumothorax lub pneumoperitoneum dla celóv roentgeno-djagnostyčnych). Varunkiem dokładnej interpretacji zdjęcia jest doskonała znajomość anatomji stavu ščękovego. Meniscus dzieli stav na dvie češci: meniscotemporalną i meniscomandybularną. Facies articularis ossis temporalis tvořy od dołu guzek stavovy, od góry dołek stavovy. Tu zachodzi dužo odmian. Ve vieku dziecięcym jest on kštałtu okrągłego, u dorosłych jest ovalny albo valcovaty. Gdy jest ovalny, bočnem jego ograničeniem jest i od dołu tak zvana přez autora crista i prominencja articularis processus zygomatici. Gdy crista i prominencja articularis processus zygomatici brak, dołek stavovy jest račej valcovaty i jest od boku otvarty. V tych ostatnich jest vięksa možlivość schořeń stavu ściekovego po zapaleniach gručołu ušnego, niž tu, gdzie stav jest ograničony kością.

(Tekst česky)
lou dělku až k sutura petrosquamosa. Fossa articularis je znatelna jen v prve projekci, šterbina kloubni v obou.

Obal lampy musi byti dokonale uzeměn, poněvadž se dotyka tvaře pacientovy, napěti v lampě nesmi byti přiliš vysoke (40—45 kilovolt). Tomu je vyhověno buď jednopolovym transformatorem, takže katodova strana lampy ma nulove napěti nebo je napěti u dvoupoloveho transformatoru (u přistroje Philipsova) rozděleno na + 20 a — 20 KV, což se da bezpečně izolovati. Eksposice při 40—45 KV je při 8 MA 2 vteřiny, při 10 MA 1½ vteřiny, při 15 MA 1 vteřina. Použiva se zesilovacich folii.

Nejvyrazněji se na snimku zakresli hlavička mandybuly, což je umožněno kontrastem jeji koštěne hmoty proti vzdušnemu prostoru retronazalnimu. (Analogie s umělym pneumotoraksem nebo pneumoperitoneem k učelum roentgenove dyagnozy.)

Zakladem spravne interpretace snimku je ovšem znalost anatomie čelistniho kloubu. Vazivova plotenka introkloubni děli kloub na dva, meniskotemporalni a meniskomandybularni. Facies articularis ossis temporalis tvoři ventralně tuberculum articulare, dorzalně fossa articularis. Tato ma mnoho variet. V dětskem věku je kruhoveho tvaru u dospěleho je ovalni nebo valcovita. Je-li ovalni, je lateralně ohraničena dosud nepojmenovanou hranou a (ventralně) hrbolkem na processus zygmaticus ossis temporalis; autor nazyva tuto hranu a hrbolek crista a prominentia articularis processus zygomatici. Chybi-li tyto dva utvary, vznika pravě valcovity tvar fossa articularis, ktera je tedy lateralně otevřena. (U teto variety da se očekavati větši možnost onemocněni čelistniho kloubu po parotytydě než u kloubu lateralně kosti chraněneho.)

(Tekst polski)

Dalej na zdjęciu vidočny jest porus acusticus ext., crista petrosa, sutura petrosquamosa, spina angularis ossis sphenoidalis, processus styloideus, z częśći miękkich uvula i dorsum liguae. Maksymalne rozvarcie ust jest dlatego dla zdjęcia vygodne, gdyž v tem położeniu vysuva się główka žuchvy z łękotką stavovą dolną ku guzkovi stavovemu, přez co ščelina stavova staje się bardziej vidočna, niž przy ustach zamkniętych, gdy główka vpada do dołka stavovego.

Artykuł końčy się opisem zmian starčych (zvęženie ščeliny stavovej, chropovatość guzka stavovego, meniscus articularis i capitulum mandibulae po perforacji dołka stavovego do podstavy čaški lub facies tympanica do převodu słuchovego i patologičnych zmian po stanach zapaleń stavu, vyrośli kostnych, niepravidłovej šerokośći ščeliny stavovej), zmiany v transparencji kostnej. Zakończony jest šeregiem zdjęć roentgenovskich.

Dr. Novak (Praga).

(Tekst česky)

Dale se na snimku zakresli porus acusticus externus, cristá petrosa, sutura petrosquamosa, spina angularis ossis sphenoidalis, processus styloideus, z měkkych časti uvula a dorsum linguae. Poloha maksimalně otevřenych ust je proto vhodna pro snimek, že v teto poloze vysune se hlavička mandybuly s dyskem ventralně k tuberculum articulare, čimž poměry štěrbiny kloubni stanou se přehlednějšimi než při zavřenych ustech, kdy hlavička zapadne do fossa articularis.

Članek je zakončen popisem změn senylnich (zuženi štěrbiny kloubni, zdrsněni tuberculum articulare a kloubni plošky capitulum mandibulae, po připadě perforace fossa articularis do spodiny lebečni nebo facies tympanica do zvukovodu (i patologickych) (ryhy po artritydach, eksostozy, nepravidelna šiřka štěrbiny kloubni, změny v transparenci kostni tkaně) a provazen hojnymi dokonalymi reprodukcemi roentgenovych snimku a vysvětlujicimi skicami k nim.

Dr. Novák (Praha).

Vynik długotrvałych i uciążlivych zabiegóv přy plombovaniu zależy od gatunku użytych cementóv

Užyvajcie

Švajcarskie materjały do plombovania

vyrobu firmy **BRACI DE TREY, Zürich, Nürnbergerstraße 19 (Švajcarja)**



Znane i povšechnie užyvane cementy:

„SYNTREX“ o barvach i přeźročystości naturalnego škliva
„SOLILA“ křemovo-fosfatovy cement do ogólnego użytku
„DE TREY'A“ (Caulc) niezróvnany cement do koron i mostków
„PROVISOR“ aseptyčny cement tymčasovy

są do nabycia ve všystkich składach dentystyčnych

THE AMALGAMATED DENTAL CO. LTD., LONDON

dawniej

De Trey i Co. Ltd. i Claudius Ash, Sons & Co. Ltd.

Vyłąčne Představicielstvo na Polskę

Varšava **„EDECO“** **Šviętokřyska 28**

Vydavca: Zviązek Słoviańskich Stomatologóv i Lekařy Dent.
Drukiem P. Mitręgi w Ciešynie.